

## Proceso de Queja

Usted<sup>1</sup> tiene derecho a presentar una queja. Una queja es una expresión de insatisfacción de cualquier asunto excepto de una “determinación de beneficio adversa.” Las quejas incluyen, pero no se limitan a:

- La calidad de atención o de los servicios prestados. Por ejemplo, si el personal es grosero o irrespetuoso.
- Si cree que el personal no respeta sus derechos.
- No se autorizó y/o brindó los servicios solicitados.

Behavioral Health and Recovery Services (BHRS) tomará una decisión dentro de los 90 días corridos de recibido su queja. Usted puede compartir información relacionada con su queja en persona, por teléfono o por escrito en cualquier momento durante el proceso. BHRS le enviará una carta de confirmación de su queja y una carta de resolución.

### **Usted no será discriminado de ninguna manera por expresar un problema o por presentar una queja.**

<sup>1</sup> En este documento, ‘usted’ significa usted o su representante autorizado.

## Derechos de Queja y Apelación

BHRS puede ayudarle a completar los formularios y guiarlos a través del proceso de queja o apelación. Esto incluye servicios de apoyo que puede necesitar, como un intérprete o líneas telefónicas TTY/TDD.

### **BHRS Asegura Que**

La gente que tomará una decisión sobre su queja o apelación serán:

- Personas con las habilidades y entrenamiento adecuados para entender sus condiciones o enfermedad.
- Personas que leerán todos los registros, comentarios u otra información que usted y/o su representante nos proporcionen.
- Personas que no participaron en ninguna decisión anterior sobre su queja o apelación.

Para las apelaciones usted tiene el derecho de proporcionar testimonio. Usted o su representante pueden solicitar copias de todos los documentos en su expediente, incluyendo registros médicos, otros documentos y cualquier evidencia nueva o adicional considerada confiable o generada por BHRS en relación con la apelación de determinación adversa de beneficios. La información será gratuita para usted y se le entregará antes de que cualquier decisión sea tomada.

## Apelación/Revisión de Quejas

Si no está de acuerdo con una decisión recibida sobre la queja que presentó, usted puede volver a presentar otra queja para su revisión. Puede presentar una apelación si recibió una de los siguientes avisos/decisiones adversas de beneficios:

- Negamos o limitamos sus servicios de cualquier manera (como el tipo/nivel de servicio, los requisitos para satisfacer la necesidad médica, o restricciones acerca de lo apropiado, lo acordado o la eficacia de los servicios para usted).
- BHRS ha cambiado o ha dejado de proporcionar un servicio que usted estaba recibiendo.
- BHRS no pagará por el servicio solicitado.
- Los servicios no fueron brindados en el tiempo indicado.
- No se cumplió el plazo para una queja o apelación.
- BHRS no aprobó una solicitud sobre sus obligaciones financieras.

Si no está de acuerdo con una decisión sobre sus beneficios y/o servicios, (determinación de beneficios adversos), puede solicitar una apelación.



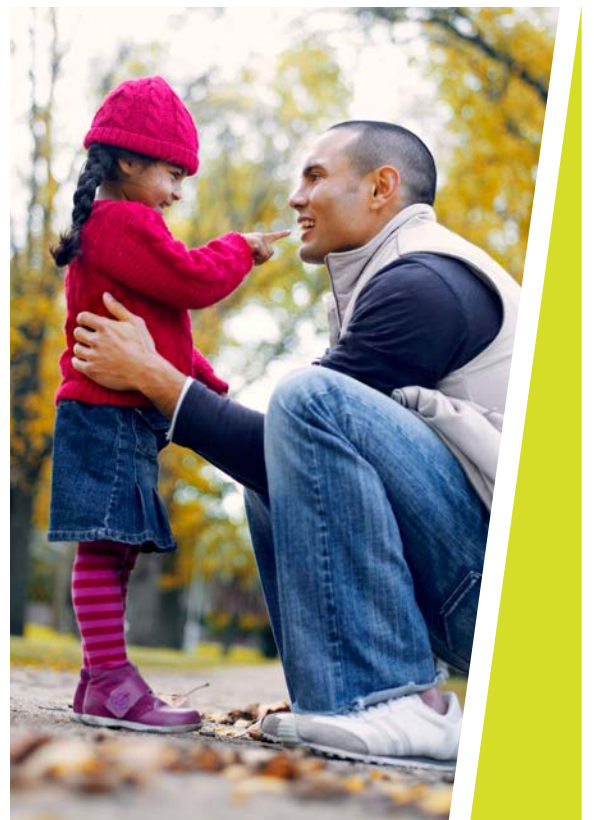
Esto significa que usted puede pedir que la decisión sea revisada y potencialmente cambiada. Su solicitud debe ser recibida dentro de los 60 días corridos a partir de la fecha de la decisión original. Usted puede solicitar una apelación verbalmente o por escrito. Una apelación verbal debe ser seguida con una solicitud escrita y firmada, a menos que sea una solicitud de atención rápida.

Sus servicios continuarán hasta que se tome una decisión. Si no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una Audiencia Estatal Justa. Las apelaciones serán decididas dentro de 30 días a partir de la fecha en que BHRS reciba la apelación, a menos que se otorgue una extensión de 14 días.



SAN MATEO COUNTY HEALTH  
**BEHAVIORAL HEALTH  
& RECOVERY SERVICES**  
1950 Alameda de las Pulgas  
San Mateo, CA 94403

San Mateo County  
Office of Consumer and Family Affairs  
Behavioral Health and Recovery Services  
1950 Alameda de las Pulgas, San Mateo, CA 94403



## PROCESO DE QUEJA Y APELACIÓN

SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ABUSO DE SUBSTANCIAS



SAN MATEO COUNTY HEALTH  
**BEHAVIORAL HEALTH  
& RECOVERY SERVICES**

Coloque  
una  
estampilla

### Resolución Rápida de Apelaciones

Esto significa que BHRS, o usted, o su proveedor ha decidido que el tiempo normal para una decisión de una apelación podría poner en peligro seriamente su vida, salud o habilidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima función. Las decisiones sobre las solicitudes rápidas se harán en un plazo de 72 horas. Si BHRS niega una solicitud para una decisión más rápida sobre una apelación o queja, el plazo se mantendrá de 30 días para una apelación y 90 días para una queja. BHRS le enviará una carta de confirmación de su queja y una carta de resolución.

### Extensiones de Plazos

Si BHRS determina que es en su mejor interés, o usted lo solicita, 14 días se pueden agregar para tomar una decisión.

Si hay una extensión, BHRS hará un buen esfuerzo para avisarle verbalmente de la demora seguido de un aviso por escrito dentro de 2 días calendario.

Si un cliente no está de acuerdo con una extensión del plazo, puede presentar una queja. BHRS tomará una decisión no más tarde de la fecha en que termine la extensión.

### Audiencia Estatal Justa

Si no está de acuerdo con la resolución de la apelación de BHRS, o si BHRS niega su solicitud de apelación o no sigue los plazos requeridos para su apelación, usted puede solicitar una audiencia imparcial del estado llamando al **1(800) 952-5253**.

Todos sus servicios actuales continuarán hasta que se tome una decisión. Usted debe pedir una audiencia dentro de los 120 días a partir de la fecha en que recibió la carta declarando que BHRS negó su apelación. Si BHRS no cumple con los requisitos para notificarle de la decisión, usted puede solicitar una Audiencia Justa Estatal de inmediato.

### Cientes de la Red de Proveedores

Los clientes que reciben servicios de la red de proveedores pueden presentar quejas directamente con el:

Health Plan of San Mateo  
**1(888) 576-7227**

### Cientes Recibiendo Tratamiento de Alcohol y Drogas

**Cualquier cliente** recibiendo servicios de tratamiento de alcohol y/o drogas puede presentar una queja en la BHRS Office of Consumer and Family Affairs (OCFA). Ver información de contacto abajo.

**Beneficiarios de Medi-Cal** pueden presentar una queja directamente con:

Department of Health Care Services  
 P.O. Box 997413  
 Sacramento, CA 95899-7413

O llame a la:  
 Office of the Ombudsman  
**1(800) 896-4042** o **1(888) 452-8609**

**Cientes no cubiertos por Medi-Cal** también pueden presentar una queja llamando a la:

Department of Health Care Services  
 SUD Compliance Division  
**1(877) 685-8333**

Visite [www.bit.ly/consumer\\_forms](http://www.bit.ly/consumer_forms) para ver una lista completa de los derechos de las personas que reciben servicios en programas residenciales de tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

### 4 Maneras de Presentar una Queja o Apelación

1. Llame a **BHRS Office of Consumer and Family Affairs** al **1(800) 388-5189** para hablar de su queja o para pedir una cita.
2. Complete y envíe por correo/fax este formulario o una carta a **OCFA (650) 573-2934**.
3. Llame a **BHRS Access Call Center** al **1(800) 686-0101**.
4. En persona, donde recibe servicios, le ayudarán con formularios o hacer llamadas.



### ¿Necesitas Ayuda?

Para obtener asistencia o información adicional, comuníquese con:

Office of Consumer and Family Affairs  
**1(800) 388-5189**  
[smchealth.org/OCFA](http://smchealth.org/OCFA)

## BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES FORMULARIO DE QUEJA

Nombre Cliente/Consumidor	<b>TIPO DE SOLICITUD</b> (marcar uno)
Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Apelación Rápida
Domicilio	Teléfono
Ciudad, Estado, Código Postal	Programa/Personal

Si usted quiere que otra persona lo represente en cualquier queja o apelación, por favor comuníquese con nosotros.

Describa el problema o preocupación:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Corte, doble, selle, y devuelva esta forma.

Firma

Fecha